Klientenbogen

Zwischen dem / der Klient /in

Name,Vorname…........................................................................................................................................

Name des gesetzlichen Vertreters bei Kindern...........................................................................................

geb.am …...................................................................................................................................................

Straße, Nr....................................................................................................................................................

PLZ/ Ort.......................................................................................................................................................

Tel./ e-mail...................................................................................................................................................

Krankenkasse..............................................................................................................................................

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden...............................................................................

und **Manja Paul**

**Psychotherapeutische Heilpraktikerin**

Frauenstr.10, 02727 Neugersdorf

Tel: 03586 / 75 89 767

mail:info@manja-paul.de

www.manja-paul.de

wird nachfolgende Vereinbarung geschlossen:

Der/die Klient/in nimmt folgende **Leistung** in Anspruch:

….................................................................................................................................................................

….................................................................................................................................................................

Er/ Sie ist darüber aufgeklärt, dass die psychologische Beratung / Therapie keine Untersuchung und Behandlung beim Arzt ersetzt und dass er/sie bei Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert ist, sich in die Behandlung eines Arztes zu begeben.

**Honorar**

Der/die Klient/in zahlt für die erbrachte Leistung........................................................................................

jeweils in Bar nach jeder Sitzung.

Der/die Klient/ Klientin ist darüber informiert, dass in dieser Praxis nach dem Heilpraktikergesetz keine Zulassung zur Abrechnung mit Krankenkassen besteht. Als privatversicherter Patient ist er/sie darüber informiert, dass er als Patient eigenverantwortlich das Kostenerstattungsverfahren mit dem möglichen Kostenträger einleitet. Eine Teil- oder Nichterstattung einer Privatversicherung hat keinen Einfluss auf die Kostenforderung für die erbrachte Leistung.

**Schweigepflicht**

Die Heilpraktikerin für Psychotherapie unterliegt der Schweigepflicht und muss für den Fall der Auskunftserteilung an Kostenträger oder familiäre Bezugspersonen von dieser Schweigepflicht schriftlich durch den/die Klienten/in entbunden werden.

Ort, Datum Unterschrift Klient/in Unterschrift Heilpraktikerin